

Formulario Para Elegibilidad de Ingresos Para Centros de Cuidado de Niños

Por favor use lapicera de tinta para completar la solicitud. No escriba en los casilleros grises.

Programas de Nutrición del Estado de Utah

FAMILY SURNAME:

<p>DENIED:</p> <input type="checkbox"/> Income over allowed amount <input type="checkbox"/> Incomplete/missing information <input type="checkbox"/> Other	<p>APPROVED:</p> <input type="checkbox"/> Free meals <input type="checkbox"/> Free meals/zero income. Temporarily until _____ (45 days) <input type="checkbox"/> Reduced-price meals	<p>SIGNATURE OF APPROVING OFFICIAL:</p> <p style="text-align: right;">Date</p>
--	---	--

1A. NOMBRES DE LOS NIÑOS PARA LOS CUALES SE SOLICITAN LOS BENEFICIOS: Incluya todos los niños. Si necesita más espacio para escribir, utilice el margen izquierdo de esta página.					2. APROBACIÓN POR CATEGORÍA: Sírvase dar el número de FEP, de las estampillas de comida o de Bienes para indios en reservaciones (FDPIR) para cada niño. Si incluye esta información para todos los niños, puede dejar la Sección 3A a 3C en blanco.			3A. Ingresos y recursos mensuales del niño	
NOMBRE	Primer	Inicial	Fecha de Nacimiento	Edad	Niños colocados por la corte del Estado (✓)			Ingresos	Fuente
1.									
2.									
3.									
4.									

1B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR: (Si necesita más espacio, utilice el margen izquierdo de la página)					3B. INDIQUE LOS INGRESOS MENSUALES: Anote en las columnas indicadas todos los ingresos antes de los descuentos y coloque las cantidades correspondientes con los nombres de las personas que ganan el dinero. Convierta todas las cantidades a un total mensual. Si recibe ingreso semanal, multiplique por 4.33. Si recibe ingresos cada dos semanas, multiplique por 26 y divida por 12. Si recibe ingresos dos veces al mes, multiplique por 2, y si recibe dinero una vez al año, divida el total por 12.				
NOMBRE	Primer	Inicial o también conocido como	Ganancias del trabajo (antes de los descuentos) 1er TRABAJO MENSUAL	Pensiones, jubilaciones, seguro social MENSUAL	Asistencia social, pensión de divorcio, sostenimiento de niños	Otros ingresos (2o trabajo, etc.) MENSUAL	Total ingresos mensuales de adultos		
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

1C. TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR <input style="width: 50px;" type="text"/>	3C. GRAN TOTAL DE LOS INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR (3A más 3B) <input style="width: 100px;" type="text"/>
--	--

4. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DOMESTICO QUE APLICA
(En letra de imprenta por favor):

Nombre: _____

Dirección: _____ Apto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No. de teléf. de casa: _____ No. de teléf. del trabajo: _____

5. IDENTIFICACIÓN ÉTNICA O RAZA: (No se le requiere contestar esta pregunta):

<p>5A. Raza:</p> <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<p>5B. Étnica</p> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino
---	---

6. NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL Y LA FIRMA: Solo que incluya el numero de su caso de el programa de estampillas de comida o de FDPIR (Programa de Distribución de Comida en Reservaciones de Indios), o FEP, debe de incluir el numero de seguro social (SSN) de el adulto en su establecimiento domestico que firmo esta solicitud, o indique que esta persona no tiene seguro social escribiendo la palabra "NONE". Esto es un requisito de la sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar. El seguro social no es mandatario, pero la aplicación no se puede aprobar si el número de seguro social no se indica, o si no se indica que la persona firmando este formulario no tiene seguro social. El número de seguro social se mantendrá confidencial y se usara solamente para la administración del programa.

Certifico que toda la información anterior es correcta y verdadera, y que estoy reportando todos nuestros ingresos. Entiendo que entrego esta información para poder recibir fondos federales, que los oficiales de la escuela pueden verificar los datos en esta solicitud y que una representación deliberadamente errónea de los datos pueden llevarme a juicio bajo leyes federales y estatales. Un adulto debe firmar la solicitud de acuerdo a las leyes federales antes que ésta pueda ser aprobada.

Firma: _____
 Numero de Seguro Social: _____ Fecha: _____